

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS**  
**CURSO DE ESPECIALIZACAO EM ATENCAO BASICA EM**  
**SAUDE DA FAMILIA**

**ZOMALI ANGARICA DESPAIGNE**

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE**  
**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO.**

**JARU – RONDÔNIA**

**2014**

**ZOMALI ANGARICA DESPAIGNE**

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO.**

**Projeto de Intervenção apresentado  
como requisito para obtenção do  
Certificado do Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
– Programa Mais Médicos para o  
Brasil/ PROVAB, da Universidade  
Federal do Mato Grosso do Sul, sob  
orientação da Prof<sup>a</sup> Aline Martins de  
Toledo.**

**JARU – RONDÔNIA**

**2014**

## **SUMÁRIO:**

1. CAPA.
2. CONTRACAPA.
3. SUMÁRIO.
4. RESUMO.
5. INTRODUÇÃO.
7. OBJETIVOS.
8. ANÁLISE ESTRATÉGICA.
13. INTERVENÇÃO.
18. AVALIAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.
19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.
20. ANEXOS.

## **RESUMO.**

A Hipertensão Arterial Sistêmica ( HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.A prevalência de HAS é elevada estimando-se que cerca de 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clinica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial, o presente trabalho objetivou elaborar um plano de ação, que seria executado pela Equipe de Saúde Familiar 4(ESF 4) do Centro de Saúde da Mulher de Jarú/RO a partir de Janeiro 2015. Dentro das ações desenvolvidas elaborou-se uma agenda programada para a realização das atividades da equipe. Adotamos os Protocolos do Ministério de Saúde e trabalhamos para lograr o melhor preenchimento dos Prontuários e as Fichas. Nosso trabalho permitiu que a ESF 4 acompanhasse a totalidade dos pacientes hipertensos cadastrados por esta doença, com agendamento das consultas mensais .Implantou-se a Linha – Guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes e a coleta da informação nesse período foi superior ao passado.

## 1-INTRODUÇÃO:

A Hipertensão Arterial (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não se encontram em uso de medicação anti-hipertensiva. Hipertensão arterial é a pressão acima de 140/90 mm Hg em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de 15 minutos e confirmada em três vezes consecutivas em várias visitas médicas.<sup>(1)</sup> Devem-se considerar além dos níveis tensionais, no diagnóstico de HAS, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos alvos e as morbidades associadas.<sup>(2)</sup>

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais, sendo responsáveis pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos insuficiência renal terminal.<sup>(1)</sup>

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com o consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica.<sup>(2)</sup>

A prevalência de HAS é elevada estimando-se que cerca de 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em criança e adolescentes não é desprezível.

Em Jaru, município de Rondônia até Dezembro de 2013 foi diagnosticado como hipertensos 1825 pessoas na faixa etária acima de 20 anos,

correspondente a 4,78% da população nesta faixa etária, dados que não coincidem com as propostas do Ministério de Saúde. No Centro de Saúde da Mulher, na área de abrangência da equipe # 4, de Jaru/RO, foram identificados 383 casos de hipertensos, para uma população de 4210 adultos, correspondentes a uma porcentagem de 8,45 % da população. <sup>(3)</sup>

Em 2013, na área de abrangência da equipe # 4 no Centro de Saúde da Mulher de Jaru/RO, não havia acompanhamento dos pacientes hipertensos cadastrados. Além disso, nenhuma atividade preventiva estava sendo realizada, principalmente, devido a desorganização do processo de trabalho da equipe. Neste contexto, inexistia divisão do trabalho e as ações estavam centradas somente na cura das pessoas. Nenhum paciente hipertenso foi totalmente acompanhado pela equipe, seguindo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes, que são: uma consulta médica por ano, uma consulta de enfermagem por ano, duas participações em grupo operativo por ano, pelo menos um ECG (eletrocardiograma) a cada 3 anos e realização de exames laboratoriais ( glicose, creatina, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos uma vez a cada dois anos. Não tenham dados sobre mortalidade por HAS.

Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial o presente trabalho objetivou elaborar um plano de ação que seria executado pela ESF4 do Centro de Saúde da Mulher de Jaru/RO a partir de Janeiro 2015.

## **2-OBJETIVOS:**

### **Objetivo Geral:**

Elaborar proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica inscritos na ESF # 4, na Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde da Mulher, no município de Jarú, Rondônia.

### **3-ANÁLISE ESTRATÉGICA:**

No Centro de Saúde da Mulher de Jarú/RO realizou-se um Projeto de Intervenção para acompanhar aos pacientes portadores de HAS destinado aos profissionais da equipe com o intuito de melhorar a assistência prestada a estes pacientes.

Para atingir tal objetivo elaborou-se 3 principais ações, a saber: a) Elaboração de uma agenda programada; b) Utilização do protocolos; c) Preenchimento correto dos prontuários.

Com relação a elaboração da agenda programada, a mesma foi realizada para que ocorresse uma programação mensal das consultas médicas, de enfermagem e os grupos operativos, além das visitas domiciliares com o objetivo de dar atendimento com horário programado para evitar a aglomeração de pessoal, a desmarcação freqüente de consultas o que garante a satisfação dos usuários e melhor adesão. Cada membro da equipe tem que entregar na reunião mensal a sua programação.

Quanto a utilização de protocolos, adotando a Linha Guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência foi elaborada com o objetivo de adotar condutas padronizadas e melhor adesão aos protocolos do Ministério de Saúde. Responsável o médico. A avaliação foi feita através da adoção da Linha Guia.

Com relação ao preenchimento correto dos prontuários e as fichas, o mesmo foi elaborado com o objetivo de melhorar a coleta de informação. Para isso, foi orientado o preenchimento dos prontuários com letras legíveis, preenchimento de todas as informações (queixa principal, hipóteses diagnóstica, conduta, idade, sexo, etc.) Os responsáveis desta ação foram cada membro da equipe que tem sob a sua responsabilidade a coleta de dados.

No quadro 1, pode observar o desenho das operações para os nós críticos do problema do acompanhamento deficiente dos portadores de HAS inscritos na ESF 4 do Centro Saúde da Mulher de Jarú/RO.



**Quadro 1.** Desenho das operações para os “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente dos portadores de HAS inscritos na ESF4 Centro de Saúde da Mulher.

| Nó crítico  | Operação/ Projeto   | Resultados esperados  | Produtos esperados  | Recursos necessários  |
|---|---|---|---|---|
| Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, demarcação freqüente de consultas). | <b>Elaborar agenda programada.</b> (Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde) | <b>Agendas Organizadas.</b> Atendimento com horário programado. Atividades planejadas e organizadas. Satisfação dos usuários e melhor adesão. | Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos) | <b>Organizacional:</b> organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada.<br><br><b>Financeiro:</b> para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. |
| Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS; desconhecimento da Linha guia para HAS- DM.         | <b>Utilizar os protocolos:</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto- hipertensão e diabetes como referência                       | <b>Condutas padronizadas</b> e processo de trabalho organizado.   | Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa Saúde em Ação.                            | <b>Cognitivo:</b> formação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo.<br><br><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.                         |
| Deficiente preenchimento dos prontuários e das Fichas B.  | <b>Preencher corretamente os prontuários. e as Fichas.</b>  | <b>Prontuários corretamente preenchidos.</b> Melhora da coleta de informação.   | Prontuários e fichas com boa qualidade e melhor e maior informação coletada.                      | <b>Cognitivo:</b> mostrar à equipe como fazer o correto preenchimento.<br><br><b>Financeiro:</b> aquisição das Fichas B e prontuários.  |

“A identificação dos recursos críticos a serem consumidos com a execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é

importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. “<sup>(4)</sup>

NO quadro 2 pode- se observar os recursos críticos para o problema “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”

**Quadro 2:**Recursos críticos para o problema “ acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”.

| Operação/ projeto  | Recursos Críticos  |
|--|--|
| Elaborar agenda programada.<br>Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde. | Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.<br>Político; aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária.<br>Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada. |
| Utilizar os protocolos.<br>Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.                    | Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.<br>Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde.   |

Foi realizada a análise de viabilidade do plano. A mesma pode ser observada no quadro 3.

**Quadro 3:**Propostas de ações para a motivação dos atores.

| Operações/projetos  | Recursos Críticos  | Ator que controla  | Motivação   | Ação Estratégica   |
|---|--|--|---|--|
| <b>Elaborar agenda programada.</b><br>Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde. | <b>Financeiro:</b><br>para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.<br><b>Político:</b><br>aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária.<br>Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada. | Coordenador da Atenção Primária à Saúde.<br><br>Coordenador da Atenção Primária à Saúde.<br><br>Profissionais de saúde.                    | Favorável.  |  |
| <b>Utilizar os protocolos.</b><br>Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes.                                    | <b>Financeiro;</b><br>para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.<br><br><b>Político:</b><br>aprovação do projeto pelo secretário de saúde.   | Coordenador da Atenção Primária à Saúde.<br>Secretário Municipal de Saúde.<br><br>Secretário Municipal de Saúde.<br><br>Lideranças locais. | Favorável.<br><br>Favorável.<br><br>Favorável.<br><br>Indiferente | Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde. |

A descrição do plano estratégico pode ser verificada no quadro4. Os objetivos são designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O prazo proposto foi de 9 meses, de Abril de 2014 a Janeiro de 2015.

**Quadro 4:** *Descrição do Plano operacional.*

| Operações   | Resultados  | Produtos   | Ações Estratégicas   | Responsável | Prazo  |
|---|---|--|--|-------------|--|
| <b>Elaborar agenda programada.</b><br>Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde. | Agendas organizadas. Atendimentos com horário programado. Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários e melhor adesão. | Programação das atividades (consultas médicas, enfermagem, grupos operativos). |  | Equipe.     | De Abril a Junho.  |
| <b>Utilizar os protocolos.</b><br>Adotar a linha guia; saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.                    | Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.  | Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa saúde em Ação.         | Apresentar o projeto para a Secretaria municipal de Saúde. Conselho Municipal de saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde. | Zomali      | Utilizar os protocolos: Junho a Janeiro. Apresentação: Março 2015. |

#### 4-INTERVENÇÃO:

A manutenção de um modelo curativista, resulta na ESF N° 4 Centro de Saúde da Mulher em um processo de trabalho desorganizado. A partir deste problema foi elaborado um projeto, cujas operações visam melhorar o acompanhamento dos hipertensos pela ESF (equipe de saúde familiar).

- A) **A implementação de uma agenda programada** baseada no Plano Diretor da Atenção Primária tem como objetivos: realizar grupos operativo-educativos para hipertensos; consultas complementares de enfermagem após os grupos operativo-educativos; consultas de acompanhamento para todos os hipertensos cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados; e visitas domiciliares do agente comunitário e saúde para todos os hipertensos cadastrados.

Durante o período compreendido entre os meses de Abril a Dezembro do ano de 2014 a ESF N° 4 Centro de Saúde da Mulher acompanhou 485 hipertensos que foi a totalidade dos pacientes cadastrados por esta doença. Esta cifra representa um 13,3 % da população acima de 20 anos. Em comparação com o ano 2013 tivemos um incremento de um 5%; mais ainda abaixo pelo preconizado por o Ministério de Saúde, como mostra a tabela 1.

#### Acompanhamento dos hipertensos.

**Tabela 1:** Tabela comparativa com ano de 2013 e 2014.

| Descritores              | Valores |      | Fontes     |                     |
|--------------------------|---------|------|------------|---------------------|
|                          | 2013    | 2014 | 2013       | 2014                |
| Hipertensos cadastrados  | 383     | 485  | SIAB       | SIAB E PRONTUARIOS. |
| Hipertensos confirmados  | 510     | 485  | SIAB       | SIAB E PRONTUARIOS  |
| Hipertensos acompanhados | 0       | 485  | PRONTUARIO | SIAB E PRONTUARIOS  |

Independentemente do volume de cadastros, o indicativo de que existe um baixo percentual de acompanhamento para pacientes hipertensos representa um alerta e acusa a necessidade de instalação de medidas para aumentar o percentual de acompanhamento dos pacientes desta enfermidade, evitando urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e óbitos.

Após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de saúde da família, ocorrendo à prestação de um atendimento diferenciado, com ações e uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário, entre outros na unidade de saúde e /ou domicílios. Nesse modelo assistencial, o princípio da integralidade se daria em todos os seus sentidos, mediante o vínculo e comprometimento pessoal, familiar e comunitário, a vigilância da saúde, o acolhimento dos usuários e as garantias das referências aos níveis de maior complexidade<sup>(5)</sup>

Os parâmetros assistenciais para os hipertensos são recomendações da SES/MG (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais) para a gestão da clínica e foram baseados em evidências e/ou experiências clínicas conceituadas por um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo médicos especialistas, sanitaristas e representantes da Associação Mineira de médicos de Família e Comunidade<sup>(6)</sup>, mostrado na tabela 2.

**Tabela 2:** Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária saúde.

| Procedimento Previsto      | Estratificação de risco dos usuários |          |         |            |
|----------------------------|--------------------------------------|----------|---------|------------|
|                            | Baixo                                | Moderado | Alto    | Muito Alto |
| Consulta médica            | 2/anos                               | 3/anos   | 3/anos  | 3/anos     |
| Consulta de enfermagem     | 2/anos                               | 3/anos   | 2/anos  | 2/anos     |
| Grupo Operativo            | 2/anos                               | 3/anos   | 3/anos  | 4/anos     |
| Visita domiciliar pelo ACS | 6/anos                               | 12/anos  | 18/anos | 24/anos    |
| Eletrocardiograma          | 1/3anos                              | 1/ano    | 1/ano   | 1/ano      |
| Fundoscopia                | 1/2anos                              | 1/ano    | 1/ano   | 1/ano      |
| Raios X de tórax           | 1/2anos                              | 1/ano    | 1/ano   | 1/ano      |

Realizaram - se 1.455 consultas para pacientes portadores de HAS, mais não foi possível conhecer quais foram feitos por o medico e quais por a enfermeira, só está coletado o numero geral. Também não temos uma informação de quais

foram consultas domiciliares. No sistema os dados de visitas domiciliares e consultas domiciliares estão inseridos juntos.

Foram realizadas 7.226 visitas domiciliares por a equipe, mais não foram separadas por patologias.

A programação mensal das atividades melhorou, mais não alcançamos o objetivo de que o atendimento fosse feito na sua totalidade, por consultas agendadas por os ACS (agentes comunitários de saúde), pois o numero deles é ainda insuficiente e mantivemos um alto número de atendimentos por demanda espontânea.

**B- Utilizar os protocolos:** A Linha Guia de Hipertensão não foi tomada em conta nos primeiros meses, mais ao final do ano começou a visualizar-se maior adesão. A enfermeira e os ACS por desconhecimento não estimulavam o comportamento e o estilo de vida saudável tanto no âmbito individual quanto no coletivo, só faziam avaliações da adesão ao tratamento medicamentoso e á assistência a consultas. Além disso, não existia uma estratificação de risco dos pacientes portadores de HAS.

As ações desenvolvidas para implantar a Linha Guia, foram as seguintes:

\_ Rastreamento: fizemos aferição da PA a todos os pacientes que concorreram a nossa unidade e em aqueles que tiveram atendimento domiciliar. Fizemos um aprofundamento na população adulta e nos adolescentes. Utilizamos ferramentas como da MAPA (Medida Ambulatorial de Pressão Arterial); MRPA (Medida Residencial da Pressão Arterial) e da AMPA( Auto medida da Pressão Arterial)

\_ Classificamos aos pacientes portadores de HAS segundo os critérios propostos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.<sup>(7)</sup>

- Foi feita a avaliação clínica inicial à totalidade dos pacientes que foram diagnosticados com HAS.

\_ Identificamos os fatores de risco cardiovascular em todos os pacientes e com essa informação fizemos a Estratificação de Risco, segundo os critérios de “Framingham Revisado” recomendados por a SES/MG.

\_ Reavaliamos os tratamentos não medicamentoso e medicamentoso da totalidade dos pacientes, fazendo um realce do primeiro.

\_ Aqueles pacientes que precisaram foram encaminhados a outras especialidades como cardiologia, nutrição, endocrinologia, nefrologia. Só que a contra referência ainda não funciona.

\_ Foram solicitados exames laboratoriais em aqueles com mais de 1 ano sem, embora tivemos períodos onde não tínhamos recursos na rede pública.

\_ O maior problema foi com a fundoscopia, pois não temos oftalmologista no município e os pacientes tem que ser referenciados ao hospital de base na capital do estado.

\_ Dentre as possibilidades solicitamos Raios X de tórax e Eletrocardiograma aos pacientes com mais tempo sem e a aqueles de pior prognóstico, os que foram perto da 25% dos pacientes com HAS. As causas de não alcançara totalidade dos pacientes foram a falta de recursos e a má qualidade dos exames.

\_ Realizou-se uma Palestra Educativa com o objetivo de dar informação sobre a HAS e as suas complicações, além de Fatores de Risco e Prevenção. A mesma foi realizada por nossa enfermeira. Essas recomendações mantiveram-se nas consultas, visitas domiciliares e atividades do grupo durante todo o período.

**C-Melhoria nos preenchimentos dos prontuários:** logramos ao preencher os prontuários, letras mais legíveis e preenchimento das seções tais como Queixa principal, Hipótese diagnóstica e Conduta, atos que foram legislados desde o século passado por o Conselho Federal de Medicina.

São documentos padronizados que deverão fazer parte do Prontuário Médico:

- a) Ficha de anamnese
- b) Ficha de evolução
- c) Ficha de prescrição terapêutica
- d) Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e de outros métodos diagnósticos auxiliares.

No entanto, o modelo de cada ficha pode ser definido por cada instituição. <sup>(8)</sup>



Além disso, a unidade foi abastecida por material como folhas, canetas, fichas.

O pessoal administrativo foi treinado para melhorar a escritura das seções preenchidas por eles como são os dados gerais: nome, sobrenome, data de nascimento, endereço, etc. Tudo o falado anteriormente nos levou a uma melhor e maior coleta da informação, mais ainda é insuficiente.

## **5- Avaliação e Considerações Finais:**

A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

Logrou-se uma maior participação da população no seu cuidado, pois foi maior o numero de pacientes que concorreram a UBS e tiveram maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O atendimento é feito na sua maioria com horário marcado, na reunião mensal cada membro da equipe leva a sua programação.

Adotou-se a Linha Guia Saúde do Adulto- Hipertensão e Diabetes, adotando condutas padronizadas por o Ministério de Saúde.

Melhoria na coleta de informação da unidade com aumento da veracidade dos dados inseridos no SIAB.

## Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília- DF, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 14: Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência a Saúde/ DAB-DATASUS. Versão 6.6.1. Município Jarú, 2013.
4. Campos, F. C; Faria, H. P; Santos, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte :Ed. UFMG, 2010.
5. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.2027- Ministério da Saúde. 25 de Agosto de 2011.
6. SESMG. Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes. Belo Horizonte. 2013.
7. L. R.Deliberato, A.K; Moreira, P. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – Hipertensão/Sal- IMEN.[www.nutricaoclinica.com.br/hipertensao/sal/vi-diretrizes-brasileiras-de-hipertensao](http://www.nutricaoclinica.com.br/hipertensao/sal/vi-diretrizes-brasileiras-de-hipertensao).2010.
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Parecer N° 16/90. 1990.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência a Saúde/ DAB-DATASUS. Versão 6.6.1. Município Jarú, 2014..

## **Anexos.**

**1- Imagem de uma consulta domiciliar.**





### A) Consolidado das Famílias Cadastradas.

23

## B) Serie Histórica de Produção:

|  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------------------|
| SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | PAG.: 1                              |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE                              |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | VERSAO:6.6.1                         |
| SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | DATA:30/01/2015                      |
| SERIE HISTORICA DA PRODUCAO                                |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| UNICÍPIO: JARU   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| EGMENTO: 02 - URBANO - (ZONA URBANA)                       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| CUIPE: 0004 - CENTRO DE SAUDE DA MULHER                    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| IDENT. NACIONAL DE SAUDE NO CNES: 0000000949               |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | PERÍODO ANALISADO: 01/2014 A 12/2014 |
|  | JAN   | FEV   | MAR   | ABR   | MAI   | JUN   | JUL   | AGO   | SET   | OUT   | NOV   | DEZ   | SOMA                                 |
| CONSULTAS MEDICAS RESIDENTES FORA DAS AREAS DE ABRANGENCIA | 0     | 0     |       | 0     |       |       |       |       |       | 0     | 0     | 0     | 0                                    |
| CONS.MED. RESIDENTES NA AREA                               |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| CONSULTA EM < DE 1 ANO                                     | 0     | 0     |       | 0     |       |       |       |       | 2     | 3     | 2     | 11    | 18                                   |
| CRIANCAS MENORES DE < 1 ANO                                | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0                                    |
| MEDIA DE CONSULTA EM < 1 ANO                               |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| CONSULTA DE 1 A 4  | 7     | 28    |       | 3     |       |       |       |       | 19    | 27    | 20    | 25    | 129                                  |
| CRIANCAS DE 1 A 4 ANOS                                     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7                                    |
| MEDIA DE CONSULTA EM 1-4 ANOS                              | 1,00  | 4,00  |       | 0,43  |       |       |       |       | 2,71  | 3,86  | 2,86  | 3,57  | 18,43                                |
| CONSULTA DE 5 A 9  | 4     | 32    |       | 9     |       |       |       |       | 30    | 25    | 35    | 33    | 168                                  |
| CRIANCAS DE 5 A 9 ANOS                                     | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494   | 494                                  |
| MEDIA DE CONSULTA EM 5-9 ANOS                              | 0,01  | 0,06  |       | 0,02  |       |       |       |       | 0,06  | 0,05  | 0,07  | 0,07  | 0,34                                 |
| CONSULTA DE 10 A 14  | 17    | 44    |       | 22    |       |       |       |       | 35    | 47    | 36    | 21    | 222                                  |
| CRIANCAS DE 10 A 14 ANOS                                   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604   | 604                                  |
| MEDIA CONSULTA EM 10-14 ANOS                               | 0,03  | 0,07  |       | 0,04  |       |       |       |       | 0,06  | 0,08  | 0,06  | 0,03  | 0,37                                 |
| CONSULTA DE 15 A 19  | 18    | 47    |       | 32    |       |       |       |       | 36    | 32    | 18    | 32    | 215                                  |
| PESSOAS DE 15 A 19 ANOS                                    | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657   | 657                                  |
| MEDIA CONSULTA EM 15-19 ANOS                               | 0,03  | 0,07  |       | 0,05  |       |       |       |       | 0,05  | 0,05  | 0,03  | 0,05  | 0,33                                 |
| CONSULTA DE 20 A 39  | 61    | 170   |       | 146   |       |       |       |       | 159   | 151   | 166   | 109   | 962                                  |
| PESSOAS DE 20 A 39 ANOS                                    | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020 | 2.020                                |
| MEDIA CONSULTA EM 20-39 ANOS                               | 0,03  | 0,08  |       | 0,07  |       |       |       |       | 0,08  | 0,07  | 0,08  | 0,05  | 0,48                                 |
| CONSULTA DE 40 A 49  | 43    | 86    |       | 64    |       |       |       |       | 62    | 80    | 80    | 60    | 475                                  |
| PESSOAS DE 40 A 49 ANOS                                    | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707   | 707                                  |
| MEDIA CONSULTA EM 40-49 ANOS                               | 0,06  | 0,12  |       | 0,09  |       |       |       |       | 0,09  | 0,11  | 0,11  | 0,08  | 0,67                                 |
| CONSULTA DE 50 A 59  | 26    | 66    |       | 45    |       |       |       |       | 66    | 67    | 76    | 61    | 407                                  |
| PESSOAS DE 50 A 59 ANOS                                    | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410   | 410                                  |
| MEDIA CONSULTA EM 50-59 ANOS                               | 0,06  | 0,16  |       | 0,11  |       |       |       |       | 0,16  | 0,16  | 0,19  | 0,15  | 0,99                                 |
| CONSULTA DE 60 ANOS E MAIS                                 | 47    | 103   |       | 83    |       |       |       |       | 107   | 71    | 87    | 67    | 565                                  |
| PESSOAS DE 60 ANOS E MAIS                                  | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487   | 487                                  |
| MEDIA CONSULTA EM 60 ANOS E +                              | 0,10  | 0,21  |       | 0,17  |       |       |       |       | 0,22  | 0,15  | 0,18  | 0,14  | 1,16                                 |
| TOTAL GERAL DE CONSULTAS                                   | 223   | 576   |       | 404   |       |       |       |       | 516   | 503   | 520   | 419   | 3.161                                |
| TOTAL DE PESSOAS   | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386 | 5.386                                |
| MEDIA DE CONSULTAS NA AREA                                 | 0,04  | 0,11  |       | 0,08  |       |       |       |       | 0,10  | 0,09  | 0,10  | 0,08  | 0,59                                 |
| TIPO DE ATENDIMENTO  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| PUERICULTURA   | 0     | 0     |       | 0     |       |       | 2     |       | 1     | 0     |       |       | 3                                    |
| + PUERICULTURA   | 0,00  | 0,00  |       | 0,00  |       |       |       |       | 0,13  | 0,00  |       |       | 0,09                                 |
| PRE-NATAL  | 1     | 9     |       | 0     |       |       | 57    |       | 51    | 0     |       |       | 118                                  |
| + PRE-NATAL  | 0,45  | 1,56  |       | 0,00  |       |       |       |       | 6,75  | 0,00  |       |       | 3,47                                 |
| PREVENCAO CA CERVICO-UTERINO                               | 0     | 0     |       | 0     |       |       | 20    |       | 32    | 0     |       |       | 52                                   |
| + PREV. CERVICO-UTERINA                                    | 0,00  | 0,00  |       | 0,00  |       |       |       |       | 4,23  | 0,00  |       |       | 1,53                                 |
| DST/AIDS   | 0     | 1     |       | 0     |       |       | 0     |       | 0     | 0     |       |       | 1                                    |
| + DST/AIDS   | 0,00  | 0,17  |       | 0,00  |       |       |       |       | 0,00  | 0,00  |       |       | 0,03                                 |
| DIABETES   | 12    | 28    |       | 15    |       |       | 2     |       | 23    | 28    | 27    | 18    | 153                                  |
| + DIABETES   | 5,38  | 4,86  |       | 3,71  |       |       |       |       | 3,04  | 5,57  | 5,19  | 4,30  | 4,50                                 |
| HIPERTENSAO ARTERIAL                                       | 28    | 92    |       | 94    |       |       | 8     |       | 59    | 44    | 94    | 71    | 430                                  |
| + HIPERTENSAO ARTERIAL                                     | 12,54 | 19,97 |       | 21,94 |       |       |       |       | 14,14 | 10,48 | 18,95 | 16,95 | 17,70                                |
| DIABETES   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| DIABETES   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |
| DIABETES   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |                                      |



## C) Serie Histórica das informações de acompanhamentos de grupos:

|   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                                      |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------------------|
| SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS                                     |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | PAG.: 1                              |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | VERSAO:6.6.1                         |
| SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | DATA:30/01/2015                      |
| SERIE HISTORICA DAS INFORMACOES DE ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS                           |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                                      |
| UNICÍPIO: JARU  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                                      |
| ELEMENTO : 02 - URBANO - (ZONA URBANA)  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                                      |
| QUÍE : 0004 - CENTRO DE SAUDE DA MULHER IDENT. NACIONAL DE EQUIPE NO CNES: 0000000943 |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | PERÍODO ANALISADO: 01/2014 A 12/2014 |
|   | JAN    | FEV    | MAR    | ABR    | MAI    | JUN    | JUL    | AGO    | SET    | OUT    | NOV    | DEZ    | MEDIA                                |
| ABETICOS CADASTRADOS  | 35     | 37     | 27     | 36     | 36     | 37     | 35     | 37     | 39     | 39     | 18     | 39     | 35                                   |
| ABETICOS ACOMPANHADOS   | 35     | 37     | 27     | 36     | 36     | 37     | 35     | 37     | 39     | 39     | 18     | 39     | 35                                   |
| SSOAS DE 20 ANOS E MAIS   | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624                                |
| DIABETICOS ACOMPANHADOS   | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00                               |
| PREVALENCIA DIAB. 20 E MAIS   | 0,97   | 1,02   | 0,75   | 0,99   | 0,99   | 1,02   | 0,97   | 1,02   | 1,08   | 1,08   | 0,50   | 1,08   | 0,97                                 |
| PERTENSOS CADASTRADOS   | 175    | 168    | 115    | 171    | 169    | 173    | 168    | 168    | 171    | 171    | 94     | 170    | 159                                  |
| PERTENSOS ACOMPANHADOS  | 175    | 168    | 115    | 171    | 169    | 173    | 168    | 168    | 171    | 171    | 94     | 170    | 159                                  |
| SSOAS DE 20 ANOS E MAIS   | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624                                |
| HIPERTENSOS ACOMPANHADOS  | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00                               |
| PREVALENCIA HIPERT. 20 E MAIS   | 4,83   | 4,64   | 3,17   | 4,72   | 4,66   | 4,77   | 4,64   | 4,64   | 4,72   | 4,72   | 2,59   | 4,69   | 4,39                                 |
| SSOAS C/TUBERCULOSE CADASTRADOS   | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0                                    |
| M TUBERCULOSE ACOMPANHADOS  | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0                                    |
| SSOAS DE 10 ANOS E MAIS   | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624                                |
| COM TUBERCULOSE ACOMPANHADOS  | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0                                    |
| PREVALENCIA TUBER 20 E MAIS   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00                                 |
| SSOAS C/HANSENIASE CADASTRADOS  | 1      | 1      | 0      | 0      | 1      | 0      | 2      | 2      | 0      | 0      | 2      | 2      | 1                                    |
| M HANSENIASE ACOMPANHADOS   | 1      | 1      | 0      | 0      | 1      | 0      | 2      | 2      | 0      | 0      | 2      | 2      | 1                                    |
| SSOAS DE 20 ANOS E MAIS   | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624  | 3.624                                |
| COM HANSENIASE ACOMPANHADOS   | 100,00 | 100,00 | 0      | 0      | 100,00 | 0      | 100,00 | 100,00 | 0      | 0      | 100,00 | 100,00 | 100,00                               |
| PREVALENCIA HANSE. 20 E MAIS  | 0,03   | 0,03   | 0,00   | 0,00   | 0,03   | 0,00   | 0,06   | 0,06   | 0,00   | 0,00   | 0,06   | 0,06   | 0,03                                 |
| TAXA DE FAMILIAS ACOMPANHADAS   | 818    | 848    | 586    | 850    | 851    | 851    | 851    | 851    | 852    | 852    | 527    | 852    | 799                                  |
| VISITAS REALIZADAS  | 735    | 848    | 586    | 850    | 851    | 851    | 851    | 846    | 852    | 852    | 527    | 746    | 783                                  |
| MEDIA DE VISITAS POR FAMILIA  | 0,90   | 1,00   | 1,00   | 1,00   | 1,00   | 1,00   | 1,00   | 0,99   | 1,00   | 1,00   | 1,00   | 0,88   | 0,98                                 |

S: Caso o cadastro de familias nao esteja completo, os indicadores de prevalencia de doencas nao indicaro a realidade.

485 = CADASTRADOS  
485 = ACOMPANHADOS

Pop 3624 - 100  
485 - x

13.3%